

Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike
**WHO-Jugendgesundheitssurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse
für die Bundesrepublik Deutschland**

Erziehungswissenschaft 14 (2003) 27, S. 79-108



Quellenangabe/ Reference:

Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike:
WHO-Jugendgesundheitssurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik
Deutschland - In: Erziehungswissenschaft 14 (2003) 27, S. 79-108 - URN:
urn:nbn:de:0111-pedocs-17254 - DOI: 10.25656/01:1725

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-17254>

<https://doi.org/10.25656/01:1725>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<https://www.budrich.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der:


Leibniz-Gemeinschaft

WHO-JUGENDGESUNDHEITSSURVEY – KONZEPT UND AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE FÜR DIE BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Die gesundheitliche Situation der jungen Generation gibt Anlass zur Unruhe. Nur vordergründig handelt es sich bei der jungen Bevölkerungsgruppe um die gesündeste, bei genauerem Hinsehen lassen sich erhebliche Defizite im Gesundheitsstatus feststellen. Zwar spielen im ausgehenden Kindheits- und beginnenden Jugendalter sowohl die klassischen Infektionskrankheiten als auch die in den letzten Jahrzehnten im Erwachsenenalter immer stärker um sich greifenden chronischen Erkrankungen heute keine große Rolle, aber in den Schnittbereichen zwischen psychischen und körperlichen Anforderungen auf der einen Seite und sozialen und physischen Umweltbedingungen auf der anderen Seite ergeben sich Probleme. Sie schlagen sich in körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeitsstörungen von Jugendlichen nieder. Störungen des Immunsystems, des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und der Belastungsbewältigung scheinen die tieferen Ursachen hierfür zu sein (vgl. u.a. HURRELMANN 1994, RAVENS-SIEBERER/GÖRTLER/BULLINGER 2000).

Die bisherigen Instrumente zur Erfassung des Gesundheits- und Krankheitsstatus von Heranwachsenden mit ihrer Beschränkung auf die Routinestatistiken greifen nicht mehr, um diese Verschiebungen zu erfassen. Für verallgemeinerungsfähige Erkenntnisse müssen bevölkerungsrepräsentative Stichproben untersucht werden (BERGMANN et al. 1999). Dabei ist es wichtig, verknüpfbare Daten aus den verschiedenen Ebenen des gesundheitlichen Geschehens zu gewinnen, also der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit sowie der Risikofaktoren. Gleiches gilt für die Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die damit zusammenhängende Identifikation von „sozialen Risiko- bzw. Problemgruppen“ mit besonderem gesundheitlichen Förderbedarf. Diese Informationen sind

erforderlich, um Ansatzpunkte für die Gesundheitsvorsorge zu gewinnen, um gesundheitliche Probleme früh zu erkennen und um in der Betreuung angemessen darauf reagieren zu können. Dabei ist es elementar, die Daten regelmäßig und mit gleicher Methodik zu erheben, damit sie als Evaluationsinstrument zur groben Abschätzung gesundheitspolitischer Maßnahmen eingesetzt werden können.

Die Weltgesundheitsorganisation mit ihrem Regionalbüro Europa fördert seit vielen Jahren Forschungsprojekte, die in diese Richtung zielen. Seit zehn Jahren sind auch deutsche Forschungsteams an den international abgestimmten Erhebungen zur gesundheitlichen Situation von Jugendlichen beteiligt. Sie gehören zum Forschungsverbund „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“, der inzwischen aus über 30 Teams aus fast allen europäischen Ländern und den USA, Kanada und Israel besteht. Im Herbst 2003 wird nun erstmalig ein deutscher Jugendgesundheits-survey¹ vorgelegt, über dessen Konzeption, Methoden und Ergebnisse wir in diesem Artikel berichten.

1. Ziele, Anlage und Methode des Jugendgesundheits-survey

Der Survey ist primär auf gesundheitsrelevante Verhaltens- und Lebensmuster bei Heranwachsenden im Übergang von der Kindheits- zur Jugendphase ausgerichtet. Zusätzlich werden Sozialindikatoren zur jugendlichen Alltagswelt, insbesondere aus den Bereichen Familie, Schule, Freundschaft und Freizeit und zentrale Daten zum Gesundheitszustand der Jugendlichen erhoben. Der Jugendgesundheits-survey bedient sich der Methode des Selbstberichts, die sich in der Gesundheitsforschung immer mehr durchsetzt. Wir wollen mit der Publikation einen Impuls für die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung für die junge Generation geben. Die Befunde sollen auch die Grundlage für eine Gesundheitszielbestimmung bilden und darüber hinaus die Debatte um die Kompetenzentwicklung von Heranwachsenden produktiv beeinflussen. Denn die Belastungen, denen sich Jugendliche – zum Beispiel durch schulischen Leistungsdruck – ausgesetzt sehen, führen nicht nur zu einem eingeschränkten Leistungsstatus und niedrigen Rangplätzen bei den internationalen Schulleistungsvergleichen, sondern auch zu Defiziten im Bereich der mentalen Gesundheit und einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden.

Im Anschluss an diese Forschung nach einer umfassenden Entwicklung und Bildung ebenso wie die nach den Folgekosten für das Gesundheitssystem. Ein erklärtes Ziel, das sich mit den Untersuchungen verbindet, ist die Prävention: Die Ergebnisse des Jugendgesundheitssurveys geben Hinweise für die Neuausrichtung von Angeboten und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die jetzt dringend zu fordern ist.

1. Anlage und Methode des WHO-Jugendgesundheitssurvey

Im vorliegenden Jugendgesundheitssurvey geht es neben deskriptiven Fragestellungen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten vor allem um die Frage, inwieweit gesundheitsrelevante Lebensstile mit subjektiver Gesundheit zusammenhängen und inwieweit personale und soziale Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die Prävention der Gesundheitsstörungen zusammen mit ihrer subjektiven Repräsentation sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht identifiziert werden können.

Der Deutschland-Survey ist in den internationalen Kontext der HBSC-Studie eingebunden, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt wird. Ziel des Forschungsverbundes ist es, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen und die Bedingungen ihrer Entwicklung zu untersuchen. Dabei soll sowohl die Aufgabe einer Gesundheitsberichtserstattung, als auch eine Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen gewährleistet werden. Diese Forschung soll letztlich dazu dienen, die Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und der Gesundheitserziehung zu verbessern. Zielgruppe der Befragung sind Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen. Pro Altersgruppe werden mindestens 1.500 Schülerinnen und Schüler in den teilnehmenden Ländern befragt.²

Seit 1982 wird die HBSC-Studie in vierjährigem Turnus in einer ständig wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt. An der aktuellen Studie (2001/02) beteiligen sich Forschergruppen aus insgesamt 36 Ländern in Europa und Nordamerika. Damit werden fast 200.000 Kinder und Jugendliche zu unterschiedlichsten Aspekten ihrer Gesundheit und ihres Gesund-

heitsverhaltens befragt. Die Durchführungen der nationalen Surveys obliegen dabei den Forschungsteams aus den einzelnen Mitgliedsländern nach festgelegten Richtlinien für die Stichprobenauswahl, die methodische Durchführung und die Aufbereitung der Daten (s. CURRIE et al. 2001).

Deutschland ist seit 1994 – vertreten durch das Land Nordrhein-Westfalen – an der Studie beteiligt. Die deutsche Erhebung von 2001/02 fand erstmals in mehreren Bundesländern statt: in Nordrhein-Westfalen und Hessen (zwei große westdeutsche Bundesländer), in Sachsen (großes ostdeutsches Flächenland) und im Stadtstaat Berlin mit seiner früheren Zugehörigkeit zu unterschiedlichen politischen Systemen in Deutschland. Dazu haben sich die beteiligten Einrichtungen der Universität Bielefeld, der Fachhochschule Frankfurt am Main, der Technischen Universität Dresden und des Robert Koch-Instituts in Berlin zu einem Forschungskonsortium zusammengeschlossen. Auch wenn das Ziel einer bundesweiten Befragung noch nicht erreicht wurde, kann auf einen strukturtypischen deutschen Datensatz zurückgegriffen werden.

Dieser basiert auf einer Stichprobe – gemäß den Richtlinien des HBSC-Forschungsverbundes – mit einer Zufallsauswahl von Schulklassen aller Schulen in den vier beteiligten Bundesländern der fünften, siebten und neunten Klassen (Klumpenstichprobe). Dabei sind alle regulären Schulformen (Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen bzw. in einigen Bundesländern die Mittelschulen) jeweils repräsentativ für das betreffende Bundesland vertreten. Die Auswahl der Schulen erfolgte dabei zufällig; die Anzahl der jeweils eingesetzten Fragebögen pro Schule orientierte sich an der statistischen Verteilung der verschiedenen Schulformen in den jeweiligen Bundesländern. Die genaue Quotierung der Länderstichproben erfolgte aufgrund der aktuellen Schülerzahlen der Landesämter für Datenverarbeitung und Statistik.

Insgesamt wurden in den beteiligten Bundesländern 23.111 Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden Schulen befragt, die mit kleinen Einschränkungen als repräsentativ für deutsche Kinder und Jugendliche der entsprechenden Altersgruppen gelten dürfen. Für den Deutschland-Survey wurde jedoch ein strukturtypischer Datensatz mit den Angaben von 5.650 Probanden, der auch bei den internationalen Vergleichen zu Grunde gelegt wird, verwendet (vgl. zur Stichprobenkonstruktion HURRELMANN/KLOCKE/MELZER/RAVENS-SIEBERER 2003, Kap.1).

Um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird in allen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern nach dem gleichen Forschungsdesign mit einem standardisierten, in die jeweilige Landessprache übertra-

genen Kernteil des Fragebogens gearbeitet.³ Der Fragebogen wurde seit der letzten Erhebung 1998 in einem internationalen Prozess in allen teilnehmenden Ländern der HBSC-Studie weiterentwickelt und einer Reihe von Tests zur Prüfung der Validität und Reliabilität unterzogen. Dabei wurde auf die Qualität des Fragebogens und die internationale Vergleichbarkeit besonderen Wert gelegt. Für den deutschen Fragebogen wurden alle Fragebogenteile vom Englischen ins Deutsche – und zur Qualitätssicherung noch einmal ins Englische – übersetzt.

Der HBSC-Survey beinhaltet ein sehr umfangreiches und detailliertes Fragenprogramm zu unterschiedlichsten Aspekten der Gesundheit, des gesundheitsrelevanten Verhaltens und den Lebensbedingungen in der Adoleszenz. Neben den obligatorischen Themen, Skalen und Items, auf die sich der internationale HBSC-Forschungsverbund verständigt hat und die in allen beteiligten Ländern eingesetzt werden (sogenannte „Mandatory Items“), wurden für die deutsche Studie in einigen Bundesländern zusätzliche Fragen angefügt.

Der Kernfragebogen der HBSC-Studie enthält neben demografischen Angaben Fragen zu folgenden Themenbereichen:

- Subjektive Gesundheit (Psychosomatische Beschwerden, mentale Gesundheit, Allergien, Lebenszufriedenheit u.a.)
- Unfallrisiko und Gewalt (Unfallverletzungen, Mobbing (Täter und Opfer), Beteiligung an Schlägereien)
- Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, illegale Drogen)
- Essverhalten und Diäten (Essgewohnheiten, Body-Maß-Index, Diäten u.a.)
- Körperliche Aktivität (Sport, körperliche Anstrengungen, Inaktivität durch Fernsehen und Computer u.a.)
- Soziale Ressourcen (Anzahl der Freunde, Unterstützung durch Eltern und Peers, Familiensituation, Wohnumfeld u.a.)
- Schule (Leistungsanforderungen, Unterrichtsqualität, Unterstützung durch Eltern, Mitschüler und Lehrer, Schulfreude, Schülerbeteiligung u.a.)
- Gleichaltrigengruppe und Freizeitverhalten (Häufigkeit der Treffen, Mediennutzung, Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen u.a.)

Wie alle großen internationalen Vergleichstudien ist die HBSC-Studie ein kooperatives Unternehmen. Auch am deutschen Jugendgesundheitsurvey ist neben den Herausgebern (Autoren dieses Artikels) eine Gruppe von Wissenschaftlern beteiligt, die sich den genannten thematischen Schwerpunkten mit unterschiedlichen Fragestellungen widmet.

Der Jugendgesundheitsurvey besteht aus einer thematischen Einführung und sechs weiteren Kapiteln, die von verschiedenen Autorentams verfasst wurden: Zunächst wird der körperliche, psychische und soziale Gesundheitszustand der Jugendlichen analysiert und grundlegend beschrieben (RAVENS-SIEBERER, THOMAS & ERHART). Danach geht es um das gesundheitsrelevante Risiko- und Freizeitverhalten der Heranwachsenden (RICHTER & SETTERTOBULTE). Es schließen sich Untersuchungsbefunde zum Ernährungsverhalten und Körperbewusstsein bei Jugendlichen an (ZUBRÄGEL & SETTERTOBULTE). In den folgenden beiden Teilen werden die Einflüsse der Lebenswelt Familie (KLOCKE & BECKER) bzw. Schule (BILZ, HÄHNE & MELZER) auf die Gesundheit der Jugendlichen untersucht. Den Abschluss bildet ein Resümee der Untersuchungsergebnisse mit Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung (LANGNESS, RICHTER & HURRELMANN). Aus diesem breiten Programm werden im Folgenden einige ausgewählte Ergebnisse und Schlussfolgerungen vorgestellt.

2. Ausgewählte Untersuchungsergebnisse des Jugendgesundheitsurvey

2.1 Gesundheits- und Krankenstatus von Kindern und Jugendlichen

Im Jugendgesundheitsurvey werden Ergebnisse zur subjektiven körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen präsentiert. Zudem wurden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Substanzkonsum, körperliche Aktivität und Ernährung bei Jugendlichen untersucht.

Körperliche Gesundheit

Im Beitrag von RAVENS-SIEBERER, THOMAS und ERHARD konnte gezeigt werden, dass die große Mehrheit der Jugendlichen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihr körperliches Wohlbefinden als relativ gut einschätzt. Es zeigen sich aber auch Problembereiche. Im Einzelnen wurden folgende Ergebnisse festgehalten:

- Die Verbreitung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die die Funktionsfähigkeit im Alltag einschränken, ist verhältnismäßig

gering. 12% der befragten Jugendlichen geben an, dass sie an einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leiden. Die Ergebnisse lassen allerdings nicht auf die Art und den Schweregrad der Erkrankung und das Ausmaß der Einschränkung im Alltag schließen.

- Über die Hälfte der Befragten hatte mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung in den letzten 12 Monaten. Es besteht also ein Bedarf an geeigneten Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung leichter und schwerer Verletzungen in dieser Altersgruppe.
- Ein erschreckend großer Teil der Jugendlichen berichtet von einer oder mehreren Allergien. 41% der Mädchen und 35% der Jungen geben an, dass sie an einer Allergie leiden. Zu den häufigsten spezifischen Allergien zählen nach wie vor Heuschnupfen, Stauballergie und Allergie gegen Tierhaare oder Federn. Alle diese Beeinträchtigungen beeinflussen die subjektive Beurteilung des körperlichen allgemeinen Gesundheitszustandes nachhaltig.

Die Studie konnte hoch signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablen zur körperlichen Gesundheit zeigen: Je seltener Jugendliche an einer chronischen Erkrankung leiden und von Verletzungen betroffen sind, desto besser schätzen sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein. Auch die Zahngesundheit ist positiv mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes assoziiert. Des Weiteren erzielten Jugendliche, die an einer chronischen Erkrankung leiden, erwartungsgemäß deutlich niedrigere Werte bezüglich ihres körperlichen Wohlbefindens im Vergleich zu gesunden Jugendlichen.

Die Studie ergab weiterhin, dass Aspekte der subjektiven körperlichen Gesundheit in Verbindung mit intermittierenden Faktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status betrachtet werden sollten. Häufig beurteilen Mädchen und ältere Jugendliche ihren Gesundheitszustand negativer als Jungen und jüngere Schülerinnen und Schüler. Ein ebenso bedeutsames Ergebnis zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Sie erleben ihren eigenen körperlichen Gesundheitszustand häufig schlechter als Befragte mit einem besseren sozioökonomischen Hintergrund, obwohl diese häufiger von tatsächlich gesundheitsmindernden Faktoren, wie Allergien oder Verletzungen betroffen sind.

Psychische Gesundheit

Insgesamt zeigt die Studie, dass etwa 80 % der befragten Jugendlichen von einer guten psychischen Gesundheit im Sinne von psychischer Unauf-

fälligkeit berichten. Ein Fünftel der Jugendlichen gibt Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit an.

- Die Studie ergab, dass ein großer Teil der Jugendlichen regelmäßig unter psychosomatischen Beschwerden leidet. Zu den psychosomatischen Beschwerden zählen nicht nur Symptome wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Müdigkeit, sondern auch psychische Symptome wie Gereiztheit, Nervosität, Ängstlichkeit und allgemeines Unwohlsein. Mädchen, ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus niedrigen sozialen Schichten leiden häufiger als Jungen, als jüngere Jugendliche und als Schülerinnen und Schüler aus höheren sozialen Schichten unter psychosomatischen Beschwerden.
- Ein bedeutender Aspekt psychischer Gesundheit ist die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung, nämlich die individuelle Gewissheit, die eigene Lebenssituation beeinflussen zu können. Die meisten Jugendlichen berichten von einer durchschnittlichen Selbstwirksamkeitserwartung. Jedoch weisen nur 20% der Schülerinnen und Schüler eine hohe generalisierte Selbstwirksamkeit auf. Geschlechts- oder schichtspezifische Unterschiede waren hier nicht zu finden.
- Mentale Gesundheit (bzw. psychisches Wohlbefinden) als wichtiges Konzept der Lebensqualität wurde in der Studie mit Fragen aus zwei bewährten Skalen ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass Jungen, jüngere Schülerinnen und Schüler und Jugendliche aus höheren sozialen Schichten ein höheres psychisches Wohlbefinden bzw. mentale Gesundheit aufweisen als Mädchen, als Befragte aus höheren Altersstufen und als Schülerinnen und Schüler aus der untersten sozialen Schicht.
- Psychische Auffälligkeiten: Von den befragten Kindern und Jugendlichen können insgesamt 6% als psychisch auffällig bezüglich emotionaler Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität oder Problemen mit Gleichaltrigen eingestuft werden. Weitere 12,8% sind als grenzwertig auffällig zu bezeichnen. Mädchen, jüngere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus den unteren Wohlstandsschichten sind besonders stark von psychischen Auffälligkeiten betroffen.
- Die Studie ermittelte ebenfalls die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen. Die meisten Befragten berichten von einer relativ hohen Lebenszufriedenheit. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter oder Schichtzugehörigkeit.

Die einzelnen Bereiche der psychischen Gesundheit stehen miteinander im Zusammenhang. Die Studie konnte hoch signifikante Zusammenhänge

zwischen der psychischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit zeigen. Je höher das psychische Wohlbefinden, desto größer ist auch die Lebenszufriedenheit bei den befragten Schülerinnen und Schülern. Eine geringe Selbstwirksamkeit geht einher mit verringertem psychischen Wohlbefinden und einer geringeren Lebenszufriedenheit. Psychosomatische Beeinträchtigungen sind stark mit schlechtem psychischen Wohlbefinden und verringerter Lebenszufriedenheit assoziiert. Jugendliche, die psychische Auffälligkeiten aufweisen, berichten auch über stärkere psychosomatische Gesundheitsbeschwerden, ein geringeres psychisches Wohlbefinden und eine verringerte Lebenszufriedenheit. Diese Ergebnisse zeigen, wie stark die einzelnen Aspekte psychischer Gesundheit miteinander in Beziehung stehen. Interessanterweise scheinen mit psychischer Auffälligkeit eher psychische und soziale Aspekte der subjektiven Gesundheit assoziiert zu sein, körperliche Aspekte spielen kaum eine Rolle, offenbar nicht einmal die individuelle Wahrnehmung körperlicher Gesundheit. Psychische Auffälligkeit im Jugendalter ist damit von körperlicher Gesundheit weitgehend unabhängig.

Die psychische Gesundheit im Jugendalter ist in hohem Maße geschlechtsabhängig. Häufig werden im späten Jugendalter bei Mädchen höhere Raten gefunden. Während depressive Störungen im späten Jugendalter und frühen Erwachsenenalter doppelt so häufig bei Mädchen vorkommen, treten diese im Schulalter häufiger bei Jungen auf. Externalisierende Störungen wie hyperkinetische und dissoziale Störungen sind insgesamt häufiger bei Jungen, während internalisierende Störungen wie psychosomatische Störungen tendenziell häufiger bei Mädchen vorkommen.

Jugendliche mit einem niedrigen sozialen Status berichten häufiger über psychosomatische Beschwerden und psychische Auffälligkeiten. Zudem ist ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre mentale Gesundheit im Vergleich zu Jugendlichen aus höheren sozialen Schichten schlechter.

Die Autoren des Kapitels zur psychischen Gesundheit betonen, dass es unter dem Aspekt der Prävention nicht nur darum gehen kann, bereits eingetretene manifeste Störungen und Auffälligkeiten zu erfassen, die als klinisch behandlungsbedürftig einzustufen sind, sondern dass Indikatoren gefunden werden müssen, die es im Sinne eines Frühwarnsystems erlauben, in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigte Jugendliche zu identifizieren. So kann auch der Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit fortschreitendem Alter, die in der Studie aufgedeckt wurde, entgegengewirkt werden.

Soziale Gesundheit

Neben der körperlichen und psychischen Gesundheit stellt das Konzept der sozialen Gesundheit einen dritten erfassten Bereich dar und bezieht verschiedene „Settings“ des sozialen Umfeldes von Jugendlichen mit ein: Familie, Schule und Gleichaltrige.

- 90% aller Befragten fühlen sich von den Gleichaltrigen akzeptiert und gemocht und haben keine Probleme, Freunde zu finden. Die Qualität der Beziehung zu Freunden wird generell positiv eingeschätzt. Der Rest der Jugendlichen fühlt sich jedoch von Gleichaltrigen nicht akzeptiert.
- Das schulische Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler ist unzureichend ausgeprägt. Ein markantes Ergebnis ist die geringere Zufriedenheit mit der Schule bei älteren Schülerinnen und Schülern, Nicht-Gymnasiasten und Befragten aus schlechten sozioökonomischen Verhältnissen. Viele Jugendliche fühlen sich aufgrund der Leistungsanforderungen überfordert und machen sich große Sorgen über ihre berufliche Zukunft, insbesondere in den benachteiligten Schichten.
- Die meisten der befragten Jugendlichen schätzen ihre Beziehungen zu ihren Eltern positiv ein. Dennoch werden Probleme mit den Eltern (42%) als häufig erlebtes Ereignis genannt, das aber anscheinend die Jugendlichen nicht übermäßig belastet und von ihnen adäquat im Sinne einer „normalen“ Entwicklungsaufgabe bewältigt wird.

Die von den Jugendlichen am häufigsten genannten kritischen Lebensereignisse sind schulische Überforderung, Probleme mit den Eltern, Trennung von dem Freund oder der Freundin und Tod einer nahestehenden Person. Die Ereignisse werden allerdings hinsichtlich ihrer Belastung unterschiedlich bewertet. Für die Mehrheit sind schulische Überforderung und Probleme mit den Eltern nur wenig belastend. Im Gegensatz dazu wird der Tod einer nahestehenden Person oder die Trennung von dem Freund oder der Freundin als sehr belastend erlebt.

Die Bereiche Schule, Familie und Freunde haben im Leben der Jugendlichen gleichermaßen Einfluss auf ihr Wohlbefinden. Meist zeigt sich, dass Wohlbefinden in einem Bereich sich in den anderen Bereichen widerspiegelt. Die Studie konnte hoch signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen zur sozialen Gesundheit zeigen. Ein geringes Wohlbefinden in der Familie geht beispielsweise mit verringertem schulischen und „peerbezogenen“ Wohlbefinden einher. Schulische Überforderung wirkt sich negativ auf das schulische Wohlbefinden aus.

Jugendliche, die Probleme mit ihren Eltern haben, berichten erwartungsgemäß über geringeres Wohlbefinden in der Familie.

Aufgrund der Wechselwirkung der verschiedenen sozialen Dimensionen erscheint es angebracht, dass alle Bereiche gleichermaßen im Fokus von Präventions- und Interventionsmaßnahmen stehen. Erfolgsversprechende Maßnahmen können insbesondere Trainingsprogramme der sozialen Kompetenz sein, in denen die Jugendlichen grundlegende soziale Fertigkeiten, Problemlösestrategien und Kommunikationsstile im Umgang mit anderen lernen.

Jugendliche mit einem hohen sozialen Status berichten nicht nur über wesentlich besseres schulisches Wohlbefinden als Jugendliche aus niedrigeren sozialen Schichten. Außerdem sind Jugendliche mit einem schlechten sozioökonomischen Hintergrund sowie einem niedrigen Bildungsniveau anfälliger für kritische Lebensereignisse.

Die soziale Gesundheit Jugendlicher ist altersabhängig. Jüngere Schülerinnen und Schüler äußern eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Schule als ältere Jugendliche. Zudem berichten sie über ein besseres familiäres Wohlbefinden und sind weniger häufig von kritischen Lebensereignissen betroffen als ältere Schülerinnen und Schüler.

Die drei Bereiche der subjektiven körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit wurden zwar getrennt voneinander betrachtet, stehen jedoch auch in komplexen, wechselseitigen Beziehungen zueinander. Zusammenhänge zwischen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ließen sich eindeutig bestätigen.

2.2 Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen

Im Beitrag von RICHTER und SETTERTOBULTE wurde das gesundheitsrelevante Verhalten der 11 bis 15-Jährigen dargestellt. Hierbei wurden sowohl der Konsum von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten als auch Freizeitaktivitäten wie körperliche Aktivität, Medienkonsum und Kontakte mit Gleichaltrigen analysiert.

Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und Cannabis unter den 11- bis 15-Jährigen in Deutschland weit verbreitet sind. Das Einstiegsalter des Zigarettenkonsums und des regelmäßigen Alkoholkonsum hat sich weiter vorverlagert. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Jugendlichen haben bereits Erfahrungen mit Tabak und

Alkohol gemacht, ein Viertel der Neuntklässler sind schon einmal mit Cannabis in Kontakt gekommen. Diese Erfahrungen beschränken sich jedoch häufig auf einen Experimentier- oder Probierkonsum. Die Mehrheit der Jugendlichen raucht nicht und war noch nie betrunken. Dennoch gibt es bereits vor Erreichen des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalters für Tabak- und Alkoholkonsum eine Teilgruppe von Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinkt (13%) und/oder Tabak raucht (15%). Hinzu kommen etwa 10% der Jugendlichen, die als Freizeit- und Dauerkonsumenten von Cannabis gelten.

Auffallend ist, dass die Konsumhäufigkeit von Alkohol und Cannabis stark geschlechtsspezifisch geprägt ist: Jungen trinken häufiger regelmäßig Alkohol, berichten häufiger von Alkoholrauscherfahrungen und erleben ihren ersten Alkoholrausch früher als Mädchen. Zudem berichten mehr Jungen als Mädchen von Erfahrungen mit Cannabis. Beim Tabakkonsum hingegen ergibt sich eine andere Tendenz. Im Gegensatz zu früheren Jahren rauchen heute mehr Mädchen als Jungen Zigaretten. Allerdings ist das Einstiegsalter bei Jungen niedriger als bei Mädchen. Dabei ist aber davon auszugehen, dass diese Angleichung der Konsumquoten nur im Bereich gemäßigter Verhaltensmuster stattgefunden hat. Bei härteren Konsummustern ist davon auszugehen, dass besonders bei älteren Jugendlichen nach wie vor die Jungen dominieren.

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen ist altersabhängig. Je älter die Jugendlichen sind, desto häufiger berichten sie von Drogenkonsum. Besonders um das 13. Lebensjahr nimmt der regelmäßige Konsum psychoaktiver Substanzen zu. Dieses Ergebnis spricht dafür, spätestens in der 5. Jahrgangsstufe mit präventiven Maßnahmen zu beginnen. Nur so kann der Beginn regelmäßigen gesundheitsschädigenden Verhaltens, falls er sich nicht ganz vermeiden lässt, auf einen späteren Zeitpunkt verlagert werden.

Die Studie zeigt, dass der sozioökonomische Status der Jugendlichen nur einen sehr geringen Einfluss auf den Substanzkonsum hat. Es ist also nicht davon auszugehen, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger Drogen konsumieren als Jugendliche aus mittleren und oberen Statusgruppen. Die Ergebnisse weisen sogar darauf hin, dass Jugendliche aus wohlhabenden Familien mehr Alkohol konsumieren als Jugendliche unterer Wohlstandsschichten.

Körperliche Aktivität und Medienkonsum

Die positiven Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind unbestritten. Die Ausbildung von Bewegungsmustern und -fähig-

keiten in der Kindheit ist von hoher Bedeutung für den Erhalt und die Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten im Erwachsenenalter. Die Mehrheit der Jugendlichen gibt an, an zwei oder mehr Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein. Allerdings verhält sich nur ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen entsprechend der Richtlinien von optimaler körperlicher Aktivität (an fünf oder mehr Tagen der Woche 60 Min. körperlich aktiv zu sein). Die Nutzung von Medien durch Jugendliche hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es ist jedoch umstritten, wie sich erhöhter Medienkonsum auf die Gesundheit von Jugendlichen auswirkt. Jugendliche verbringen an Schultagen durchschnittlich 2,3 Stunden vor dem Fernseher und 1,1 Stunden vor dem Computer. Jungen verbringen mehr Zeit als Mädchen vor dem Fernseher und vor dem Computer.

Die soziale Lage der Jugendlichen hat einen starken Effekt auf das Freizeitverhalten. Es konnte festgestellt werden, dass Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus deutlich mehr Zeit vor dem Fernseher verbringen als Jugendliche mit einem höheren Status. Außerdem zeigt sich für Mädchen ein sozialer Gradient bezüglich körperlicher Aktivität. Je schlechter der soziale Status der Mädchen, desto höher ist das Risiko körperlicher Inaktivität.

Die Einbindung in die Gleichaltrigengruppe ist für Jugendliche im Zuge ihrer Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen von elementarer Bedeutung. In dieser Gruppe fühlen sie sich akzeptiert und verstanden und erlernen notwendige kommunikative und soziale Kompetenzen und Verhaltensweisen. Allerdings gibt es auch solche Peers, die abweichende Verhaltensweisen verstärken. So konnten wir in unserer Studie auch einen Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zu Gleichaltrigengruppen und Häufigkeit des Drogenkonsums feststellen: Jugendliche, die viel Zeit mit ihren Freunden verbringen, zeigen öfter gesundheitsschädigendes Verhalten, wie Alkohol- und Tabakkonsum, als Jugendliche, die nicht viel Zeit in einer „Peer-Group“ verbringen. Häufiger Kontakt zu Freunden spielt also eine wichtige Rolle für das Ausmaß des Substanzgebrauchs durch Jugendliche.

In der Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass Risikoverhalten sich häufig nicht auf eine Verhaltensweise beschränkt, sondern mehrere Dimensionen umfasst. Das heißt, dass Jugendliche, die ein gesundheitliches Risikoverhalten zeigen, oft auch weitere gesundheitsschädigende Verhaltensweisen erkennen lassen. In der Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen zeigen 17% der Jugendlichen ein multiples Risikoverhalten. Jungen weisen signifikant häufiger als Mädchen multiples Risikoverhalten auf. Mit dem Alter steigt das Risikoverhalten deutlich an.

Ernährungsverhalten und Körperbewusstsein von Jugendlichen

Eine gesunde Ernährung in Kindheit und Jugend schafft optimale Bedingungen für Gesundheitsstatus, Wachstum und intellektuelle Entwicklung. Es ist allgemein bekannt, dass riskante Diäten und Über- und Untergewicht in der Wachstumsphase zu schwerwiegenden psychischen, sozialen und körperlichen Krankheiten und Störungen führen können. Zudem hat ungünstiges Ernährungsverhalten in der Kindheit und Jugend langfristige negative Konsequenzen für die Gesundheit im Erwachsenenalter. Adipositas kann zu Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes Typ II und Schäden am Bewegungsapparat führen und ist ein Prädiktor für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen in einer späteren Lebensphase. Jugendliche, die an Essstörungen wie Anorexie und Bulimie leiden, haben nicht nur eine zu geringe Nährstoff- und Energiezufuhr, sondern leiden auch an psychischen Problemen, Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen und psychosomatischen Symptomen verbunden mit einem hohen Missbrauch von Medikamenten.

Ernährungsverhalten

Die Autoren dieses Untersuchungsteils (Zubrägel und Settertobulte) analysieren in ihrem Beitrag wichtige Aspekte des Essverhaltens, zu Diäten und zur Wahrnehmung des eigenen Körpers. Insbesondere wurde der wechselseitige Einfluss von Gewicht und Ernährungsverhalten mit psychosozialen und soziodemographischen Faktoren näher untersucht.

- Die Studie kann einen hohen Teil an übergewichtigen und untergewichtigen Jugendlichen nachweisen: 5-6% der befragten Mädchen sind übergewichtig. Der Anteil der Jungen ist in allen Altersgruppen deutlich höher. Besonders ältere Jungen sind von Übergewicht betroffen. Bei den 13 bis 15-Jährigen ist bereits fast jeder zehnte Junge übergewichtig. Mädchen sind zu einem größeren Teil von Untergewicht betroffen (12%) als Jungen. Dennoch gibt es einen nicht geringen Teil an untergewichtigen Jungen (6%) in der Altersgruppe. Jungen sind also zu einem beträchtlich höheren Teil von Übergewicht und Mädchen zu einem höheren Teil von Untergewicht betroffen.
- Übergewichtige Jungen und Mädchen berichten seltener über körperliche Aktivitäten in der Freizeit. Dabei kann physische Inaktivität sowohl Folge als auch Ursache von Übergewicht sein. Übergewichtige Kinder verfügen über geringere sportliche Fähigkeiten als normalgewichtige, was sie dazu veranlasst, auch aus Schamgefühl weniger Sport zu treiben.

- Ein klarer Risikofaktor für Übergewicht ist das Auslassen oder die unregelmäßige Einnahme von Mahlzeiten. Ein regelmäßiger Rhythmus in den Hauptmahlzeiten ist für Jugendliche unverzichtbar.

Die soziale Lage zeigte sich als entscheidender Einfluss auf das Über- oder Untergewicht von Kindern und Jugendlichen. Während die Befragten aus unteren sozialen Schichten eher von Übergewicht berichten, sind Jugendliche aus den oberen Statusgruppen häufiger untergewichtig. Andere Studien konnten zeigen, dass sozial benachteiligte Jugendliche durch unausgewogene Ernährung, die mit einem zu hohen Fettkonsum einhergeht, weniger sportliche Aktivität und höheren Fernsehkonsum zu Übergewicht neigen (KLOCKE/HURRELMANN 2001).

Gewichtsprobleme im Jugendalter haben nicht nur körperliche, sondern auch gravierende psychosoziale Folgen. Das Gesundheitsempfinden ist bei übergewichtigen Jungen und Mädchen schlechter als bei normalgewichtigen. Interessanterweise schätzen untergewichtige Jungen ihren Gesundheitszustand nicht so gut ein wie normalgewichtige Jungen, während die Mädchen ihren Gesundheitszustand mit abnehmenden Gewicht als besser einschätzen. Das höhere Wohlbefinden untergewichtiger Mädchen kann auf das gängige und propagierte weibliche Schönheitsideal in der Gesellschaft zurückzuführen sein. Zudem leiden übergewichtige Jungen und Mädchen häufiger unter psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Erschöpfung und verfügen über ein geringeres Selbstwertgefühl als normalgewichtige.

In der Gruppe der Mädchen sind sowohl psychosomatische Beschwerden als auch ein geringeres Selbstwertgefühl linear mit ihrem Gewichtsstatus verbunden. Das heißt, je niedriger ihr Gewicht ist, desto höher ist ihr Selbstwertgefühl und desto weniger berichten sie über psychosomatische Beschwerden. Die Abweichung vom genormten und idealisierten Körperbild wird in der sozialen Interaktion zwischen den Jugendlichen in starkem Maße sanktioniert. Übergewichtige Jugendliche erleben soziale Zurückweisung und Ausgrenzung (Mobbing), aufgrund ihrer Erscheinung und kompensieren diesen unbefriedigenden sozialen Zustand durch weiteres falsches Essverhalten. Die psychosozialen Folgen des Übergewichtes, vermittelt durch die Sanktionen aus der Umwelt der Jugendlichen, führen also im Endeffekt zu einer geringeren Lebensqualität.

Körperbewusstsein

Die Pubertät geht häufig mit einem problematischen subjektiven Körperempfinden einher. So sind fast die Hälfte der Mädchen mit ihrem

Gewicht unzufrieden und nehmen sich als zu dick wahr, obwohl dies objektiv oft gar nicht der Fall ist. So halten sich sogar untergewichtige Mädchen und Jungen trotz objektivem Untergewichts als zu dick. Ernährungsroutinen werden in der Kindheit und Jugend ausgebildet und bleiben häufig auch in späteren Lebensphasen bestehen. Umso alarmierender ist es, dass zunehmend mehr Jugendliche auf die Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten verzichten. In den neunten Klassen nehmen beispielsweise ein Viertel der Mädchen und ein Fünftel der Jungen kein Frühstück zu sich. So verwundert es nicht, dass bei diesen Schülerinnen und Schülern aufgrund der mangelnden Nährstoffzufuhr mit Leistungseinbußen zu rechnen ist. Das Verzicht auf Mahlzeiten ist vor allem unter Mädchen und älteren Schülern und Schülerinnen verbreitet.

2.3 Familie und Gesundheit

Familien stellen für Kinder und Jugendliche eine „Gesundheitsumwelt“ dar, deren Mitglieder den gleichen Umweltbelastungen ausgesetzt sind und sich in einer ähnlichen sozioökonomischen und soziokulturellen Lebenslage befinden. Der Familienkontext spielt eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung von gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensmustern.

In der Untersuchung (vgl. Beitrag von KLOCKE und BECKER) wurden die Auswirkungen der sozioökonomischen sowie soziokulturellen Lebenslagen der Familien, der konkreten Familienformen, der Nachbarschaft und der Integration in die Gemeinschaft auf die Gesundheit betrachtet. Zudem wurde ausführlich die Bedeutung sozialer Ungleichheit für den Gesundheitszustand und ausgewählte Aspekte des Gesundheitsverhaltens diskutiert. Abschließend wurde der Einfluss des sozialen Netzwerkes und des sozialen Kapitals auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersucht.

Auswirkung der Familienformen auf das Gesundheitsverhalten

Die Ergebnisse zu gesundheitlichen Unterschieden nach Familienformen müssen mit Vorbehalt betrachtet werden, da überwiegend die soziale Lage der Familien ausschlaggebend ist. Allerdings muss ein deutlich schlechteres Abschneiden der Jugendlichen von allein erziehenden Eltern hervorgehoben werden. Bei genauerer Betrachtung ist dies nicht verwunderlich, denn allein Erziehende verfügen nur über eine potenzielle Verdienstquelle und sind nur eine einzelne Betreuungsperson. Entsprechend häufig befin-

den sich allein Erziehende im untersten Wohlstandssegment mit all den damit einhergehenden emotionalen und gesundheitlichen Belastungen für die Kinder. Eine schlechtere mentale Gesundheit und gesundheitsabträgliche Ernährungs- und Bewegungsmuster sind die Folge. Weiterhin führt die hohe Belastung der allein Erziehenden zu einem wenig ausbalancierten Erziehungsstil, mit der Konsequenz erhöhter Gesundheitsrisiken.

Wie die Daten zeigen, ist sowohl ein restriktiver als auch ein liberaler Erziehungsstil in Familien von allein Erziehenden am häufigsten anzutreffen. Kinder und Jugendliche von allein Erziehenden sind sowohl sozialen als auch durch Trennungserfahrungen verursachten emotionalen Belastungen ausgesetzt. Die Ergebnisse der Studie bestätigen auch für den Gesundheitsbereich eine höhere Belastung der Jugendlichen, die bei nur einem Elternteil aufwachsen. Positive und andauernde Beziehungen zu weiteren Personen in einem zweiten Zuhause (bei dem ausgezogenen Elternteil oder den Großeltern) übernehmen für diese Gruppe jedoch kompensatorische Aufgaben.

Die soziale Lage und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Verschiedene Untersuchungen haben ergeben, dass Kinder aus sozial schwachen Familien, d.h. mit niedrigem sozioökonomischen Status, häufiger Sprach- und Sprechstörungen, körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände sowie psychische Auffälligkeiten zeigen (SCHNABEL 2001). Auch in unserer Studie konnte belegt werden, dass sich soziale Benachteiligung negativ auf die Gesundheit von Jugendlichen auswirkt. Jugendliche aus unteren sozialen Schichten berichten über eine signifikant höhere psychosoziale Morbidität (z.B. mehr Ängstlichkeit und Hilflosigkeit, geringeres Selbstvertrauen). Sozial benachteiligte Jugendliche weisen zudem ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten bezüglich Zahnhygiene, sportlicher Aktivitäten, TV Konsum und Ernährung auf.

Die vermehrten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sozial benachteiligter Kinder wirken sich wiederum auf soziale und psychische Befindlichkeiten aus. Allerdings empfinden nicht alle Jugendliche aus sozial schwachen Familien ihre Lebensumstände als gleichermaßen belastend. Unter ihnen befinden sich invulnerable Gruppen, d.h. diejenigen, die sich trotz ungünstiger Lebensbedingungen gut entwickeln und ihren Gesundheitszustand nicht schlechter einschätzen als Jugendliche aus mittleren und oberen sozialen Schichten.

Dennoch ist ein Haupttrend zu erkennen: Jugendliche aus sozial schwachen Familien zeigen sowohl eine deutliche Beeinträchtigung ihrer

psychosozialen Gesundheit als auch unerwünschte Muster des Gesundheitsverhaltens. Gerade das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren kann im weiteren Lebensverlauf eine ungünstige gesundheitliche Entwicklung zur Folge haben. Diese Situation erscheint besonders prekär, wenn man das Ausmaß von Armut unter Jugendlichen in Deutschland betrachtet: Die Zahlen in Deutschland weisen seit mehr als einem Jahrzehnt eine überproportionale Armutsbetroffenheit der Kinder und Jugendlichen aus. Wie die Analyse zeigt, reagieren Kinder und Jugendliche mit seelischen Belastungen auf die unterprivilegierten Lebensbedingungen und die damit einhergehenden geringeren Lebenschancen (WALPER 2000). Betrachtet man dieses Ergebnis der psychischen Belastungen und Desorientierungen im weiteren Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher, dann wird erkennbar, dass gesundheitliche Einschränkungen und insbesondere habitualisiertes schlechtes Gesundheitsverhalten langfristige Auswirkungen auf die Vitalität und Morbidität der jungen Menschen haben. Das Zusammenspiel von einerseits unerwünschten Gesundheitsverhaltensmustern und andererseits schon vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen weist auf eine ungünstige Gesundheitsbiografie der Kinder und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien hin.

Soziales Kapital und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Soziales Kapital umfasst Ressourcen, die aus dem Netz mehr oder weniger institutionalisierter Beziehungen geschöpft werden. Über soziales Kapital verfügen diejenigen, die positive und hilfreiche Kontakte und Beziehungen zu Familie, Freunden und Bekannten haben und gut ins nachbarschaftliche Umfeld sowie in Institutionen integriert sind. In der Studie wurde das soziale Kapital der Jugendlichen mit Hilfe unterschiedlicher Variablen erfasst, die sich zu folgenden Indikatoren gruppieren lassen: familiäres Kapital (Beziehung zu den Eltern, Kontakt zu Großeltern), außerfamiliäres Kapital (Größe des Freundeskreises, Beziehung zum besten Freund), nachbarschaftliches Kapital und die Integration in Institutionen (Schule, Verein).

Betrachtet man die Ergebnisse der Studie zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen bezüglich der Ausstattung mit sozialem Kapital (als Gesamtindex), zeigt sich ein Mangel an Interaktionsbeziehungen zur sozialen Umwelt, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Vergleicht man die Zunahme des Gesundheitsrisikos bei Armut und bei niedrigem sozialen Kapital, ergibt sich folgendes Bild: Niedriges

soziales Kapital wirkt sich noch ungünstiger auf die Gesundheit aus als Armut im Sinne multipler materieller Deprivationslagen. Die Autoren dieses Kapitels (KLOCKE und BECKER) konnten zeigen, dass sich der Anteil derjenigen Jugendlichen, die einen schlechten Gesundheitszustand berichten, bei Armut knapp verdoppelt, während er bei niedrigem Sozialkapital sogar fast um das Fünffache steigt.

Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, die jedoch über eine relativ hohe Ausstattung mit sozialem Kapital verfügen, beschreiben ihre gesundheitliche Situation besser als ökonomisch benachteiligte Jugendliche mit wenig sozialem Kapital. Die Studie zeigt, dass eine ausreichende Versorgung mit sozialem Kapital bewirkt, dass der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen „resistenter“ gegen Armutsrisiken wird. Ausreichendes soziales Kapital kann demzufolge als protektiver Faktor für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter gelten.

2.4 Schule und Gesundheit

Neben den Einflüssen der Familie, des sozialen Umfeldes und der Gleichaltrigengruppe hat auch die Schule einen deutlichen Effekt auf die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Es gelingt nur einem kleinen Teil der Schülerinnen und Schüler allen Anforderungen der Schule gerecht zu werden und sowohl ausreichende fachliche als auch soziale und personale Kompetenzen auszubilden. Der daraus resultierende Erwartungs- und Belastungsdruck von den Eltern verstärkt die bereits existierenden Bewältigungsprobleme zusätzlich.

Der Beitrag von BILZ, HÄHNE & MELZER liefert Ergebnisse zur Lebenswelt Schule und deren Auswirkung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Anhand eines Schulkultur-Modells (vgl. MELZER/STENKE 1996) mit fünf Inhaltsdimensionen (professionelles Lehrerhandeln im Unterricht, Schülerpartizipation, schulische Leistungsanforderungen, Schülerbefindlichkeiten, schulische Unterstützungsnetzwerke) wurden die Daten im sechsten Kapitel ausgewertet, und dabei auch die Zusammenhänge von Schulkultur und Gesundheit analysiert.

Die Analyse der Lebenswelt Schule

- Die Ergebnisse zur Wahrnehmung der Unterrichtsqualität und des professionellen Lehrerhandels zeigen, dass sich eine deutliche Zahl von Schülern bezüglich Anschaulichkeit, Unterrichtstempo und einem abwechslungsreichen Unterricht kritisch äußert.

- Für die Dimension Schülerpartizipation ergibt sich ein heterogenes Bild: 50% der Befragten schätzen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten hinsichtlich des eigenen Arbeitstempos hoch ein und 70% geben an, dass sie bei Gruppenarbeiten den Partner selbst auswählen dürfen. Das Mitspracherecht hinsichtlich der Nutzung der Unterrichtszeit, Schulaktivitäten und Lerninhalte wird hingegen deutlich schlechter eingeschätzt.
- In der Dimension „schulische Leistungsanforderungen“ wurden die Schülerinnen und Schüler zu ihrer schulischen Kompetenz befragt, die in der HBSC-Studie mit Hilfe von fünf Items gemessen wurde; dabei geht es um Bewältigungsfähigkeiten bezüglich schulischer Anforderungen. Fast drei Viertel der Jugendlichen schätzen sich genauso klug ein wie andere ihres Alters, haben keine Probleme bei der Beantwortung von Fragen in der Schule und befinden ihr Arbeitstempo bei der Schularbeit angemessen. 60% der Befragten schätzen sich als intelligent ein und sind sehr gut in der Schule. Demgegenüber sind es rund ein Drittel der Befragten, die sich wenig zutrauen und ein niedriges „akademisches Selbstkonzept“ haben.
- Die Schulfreude wurde durch die Frage „Wie gefällt dir derzeit die Schule?“ erfasst. Die Schulfreude ist sehr hoch: 80% der Befragten gefällt es derzeit einigermaßen oder sehr gut in der Schule, nur knapp 20% finden den Schulalltag „nicht so gut“ oder „überhaupt nicht gut“. Mit höherer Klassenstufe nimmt die Beliebtheit der Schule deutlich ab.
- In der Dimension „Schulische Unterstützungsnetzwerke“ erwies sich die Unterstützung durch die Mitschüler als zentrale Variable. Die Mitschülerunterstützung wird von über zwei Dritteln als durchweg positiv eingeschätzt. Mädchen nehmen signifikant stärkere Unterstützung durch die Mitschüler wahr als Jungen. Je älter die Schülerinnen und Schüler werden, desto geringer wird die wahrgenommene Unterstützung durch die Mitschüler. Neben der Unterstützung durch Mitschüler ist die schulische Unterstützung durch die Eltern von großer Bedeutung. Fast alle befragten Schülerinnen und Schüler geben an, ihre Eltern würden sich für schulische Belange interessieren und ihnen bei den Hausaufgaben helfen. Die Unterstützung/Empathie durch Lehrer wird von Schülerinnen und Schülern als vergleichsweise niedrig beschrieben. Lediglich ein Viertel der Befragten gibt an, dass die Lehrer an den einzelnen Schülern interessiert seien.

Obwohl die oben genannten Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Schulform differieren, lässt sich insgesamt betrachtet ein defizitäres Bild

der Schulkultur und des Alltags in der Institution Schule festhalten: Die Unterrichtsqualität und die Möglichkeit zur Partizipation werden von den Schülerinnen und Schülern als niedrig beurteilt, ein Viertel bis ein Drittel schätzen ihre schulische Kompetenz als niedrig ein, die Unterstützung durch die Lehrer lässt nach Meinung der Schülerinnen und Schüler zu wünschen übrig. Positiv zu bewerten ist die Unterstützung durch Eltern und Mitschüler und die durchschnittlich hohe Schulfreude.

Der Zusammenhang von Schulkultur und Gesundheit

Die Autoren dieses Kapitels (BILZ, HÄHNE und MELZER) untersuchten auch, in welcher Form und in welchem Ausmaß schulische Belastungsfaktoren den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen beeinflussen.

- Die Studie konnte zeigen, dass die Schulkultur Einfluss auf die mentale Gesundheit der Schüler hat: Es bestehen hohe korrelative Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung der Schulkultur und der mentalen Gesundheit. Bedeutsam für die mentale Gesundheit ist eine hohe selbsteingeschätzte schulische Kompetenz und Schulfreude. Die Bedeutung der schulischen Lebenswelt scheint für die psychische Gesundheit der Mädchen höher zu sein als für die der Jungen.
- Je positiver die Schulkultur wahrgenommen wird, desto weniger psychosomatische Beschwerden treten auf. Insbesondere die wahrgenommene Unterrichtsqualität, die Arbeitsanforderungen und die Schulfreude erweisen sich in diesem Zusammenhang als bedeutsam. Wie von den Autoren betont wird, ist der Zusammenhang gut nachvollziehbar: Vergegenwärtigt man sich, wie viel Zeit Schüler pro Tag in der Schule verbringen, kann man verstehen, dass ein als belastend, überfordernd oder langweilig wahrgenommener Unterricht Quelle alltäglicher Stressoren sein kann, die in ihrer Summe und über einen längeren Zeitraum hinweg zum Auftreten psychosomatischer Beschwerden beitragen können (siehe Kapitel sechs dieses Bandes).
- Die Studie liefert Ergebnisse, die auf eine wechselseitige Beziehung zwischen der Schulkultur und aggressivem Verhalten schließen lassen: Einerseits nehmen aggressive, meist männliche Schüler, die Schule negativ wahr. Andererseits kann abweichendes Verhalten auch eine Reaktion auf eine defizitär wahrgenommene Schulkultur sein. Schulische Gewalt von Schülerinnen und Schülern hat überdies Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Diejenigen, die häufig in Schlägereien verwickelt waren, berichten relativ häufig über behand-

lungsbedürftige Verletzungen. Aggressives Verhalten hat zudem einen Einfluss auf die mentale Gesundheit und auf psychosomatische Beschwerden. Jugendliche, die Opfer von Mobbing oder Schlägereien werden, berichten beispielsweise über eine deutlich niedrigere mentale Gesundheit und häufigere psychosomatische Beschwerden, während Täter sich durch ihr abweichendes Handeln Anerkennung bestimmter Teile der Mitschülerschaft und damit eine Stabilität ihres Selbstkonzepts verschaffen. Schulische Gewalt in ihrem Wechselspiel mit der schulischen Lebenswelt ist damit nicht nur eine nach außen gerichtete Strategie des Bewältigungshandelns, die auf eine beeinträchtigte Befindlichkeit, niedrigen Leistungsstand und schlechte psychische Gesundheit von Schülern hinweist.

- Die Studie kommt weiter zu dem Ergebnis, dass es einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Schulkultur und Alkoholkonsum unter Jugendlichen gibt; dieser Zusammenhang ist in zwei Richtungen interpretierbar. Bei der Auswertung der Daten wurde eine Risikogruppe identifiziert, die über vermehrten Alkoholkonsum und Rauscherfahrung berichtet. Diese Risikogruppe bewertet ihr schulisches Umfeld überproportional negativ. Die betroffenen Schüler fühlen sich von ihren Mitschülern in geringerem Maße unterstützt, nehmen sich als schulisch weniger kompetent wahr und erbringen – nach eigener Wahrnehmung – schlechtere schulische Leistungen als die anderen Schülerinnen und Schüler, die relativ wenig Alkohol konsumieren. Ein erhöhtes Risiko für Alkoholkonsum tragen vor allem männliche Schüler der 9. Klassen. Diese Gruppe schätzt die Unterrichtsqualität als defizitär ein und berichtet über geringe Schulfreude. Die festgestellten empirischen Zusammenhänge können auch in der Weise interpretiert werden, dass mangelnde Unterrichtqualität, Probleme mit den schulischen Leistungsanforderungen und eine geringe Schulfreude neben anderen Faktoren dazu beitragen, dass der Alkoholkonsum als eine ausweichende Bewältigungsstrategie zum Tragen kommt.

Die Ergebnisse zum aggressiven Verhalten und zum Alkoholkonsum bestätigen, dass Jungen häufig nach außen gerichtete Bewältigungsformen wählen, wenn sie mit Belastungen konfrontiert werden. Die festgestellten Zusammenhänge von Schulkultur und Alkoholkonsum müssen als Wechselbeziehung interpretiert werden. Einerseits enthält die Schulkultur für schwache Schüler Belastungsfaktoren, andererseits sind Schüler mit Alkoholproblemen weniger leistungsfähig und neigen dazu, ihr schulisches Umfeld deutlich negativer wahrzunehmen.

3. Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung

Aus den umfassenden Analysen der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ergibt sich nicht nur eine allgemeine Notwendigkeit der Gesundheitsförderung, es wurden auch vielfältige Präventionsmöglichkeiten aus den Daten systematisch abgeleitet. Diese Konsequenzen, denen im Jugendgesundheitsurvey ein ganzes Kapitel vorbehalten ist, können hier zum Abschluss nur kurz skizziert werden.

Wir plädieren für:

Ein möglichst frühes Einsetzen der Förderung:

In Bezug auf die psychische und körperliche Gesundheit Jugendlicher erscheint es sinnvoll, durch regelmäßige Screeningmaßnahmen auffällige Kinder und Jugendliche so früh wie möglich zu identifizieren, um ihnen geeignete Förderungsmaßnahmen und Therapien zukommen zu lassen. Auch bezüglich der Prävention von Substanzkonsum besteht die Notwendigkeit, früher als bisher, etwa in der Grundschule, primärpräventive Maßnahmen zu implementieren. Demgegenüber zeigt es sich als lohnend, in der Altersgruppe von 13 - 18 Jahren bereits Sekundärprävention, beispielsweise Rauchentwöhnung anzubieten. Denn in dieser Altersgruppe gilt es, zwei Zielgruppen zu unterscheiden: Diejenigen, die bereits psychoaktive Substanzen konsumieren und diejenigen, die bisher weitestgehend abstinent waren.

Eine umfassende Ausrichtung der Förderung:

Gesundheitsschädigendes Verhalten beschränkt sich häufig nicht auf eine einzelne Verhaltensweise, sondern umfasst mehrere Risikoverhaltensweisen. Die Ergebnisse zu multiplem Risikoverhalten erfordern eine perspektivenerweiternde Sicht jugendlichen Risikoverhaltens und sprechen für die Notwendigkeit umfassender Präventionsprogramme, die sich nicht auf Einzelaspekte beschränken, sondern die unterschiedlichen Verhaltensweisen im Gesamtrepertoire gesundheitsbezogenen Verhaltens in den Mittelpunkt stellen. Dies ist sinnvoll, denn alle gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen haben eine ähnlich funktionale Bedeutung, nämlich die Verarbeitung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben. Diese Sichtweise scheint auch für die Praxis effektiver, als von isolierten Verhaltensausschnitten, die aus ihrem Entstehungskontext herausgelöst und nicht mit anderen Verhaltensalternativen in Beziehung gesetzt werden, auszugehen.

Programme zur Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen („life skills“) sind ein Beispiel für umfassende Gesundheitsförderungsprogramme, die auf die Vermeidung unterschiedlicher Risikoverhaltensweisen abzielen (WHO 1997). Es wird davon ausgegangen, dass Jugendliche mit Hilfe der erlernten personalen und sozialen Kompetenzen wie Problemlösefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit Probleme konstruktiv und gesundheitsförderlich bewältigen und nicht auf risikoreiches Verhalten wie den Drogenkonsum ausweichen.

Ganzheitliche Gesundheitsförderung bedeutet aber auch die Einbeziehung der unterschiedlichen „Settings“, in denen Jugendliche sich aufhalten. Die Bereiche Schule, Familie und Freizeit haben gleichermaßen Einfluss auf das Wohlbefinden Jugendlicher. Aus diesem Grund sollten in allen diesen Bereichen gesundheitsfördernde Maßnahmen veranlasst werden. Diese Maßnahmen sollten jedoch nicht unverbunden nebeneinander stehen, sondern sinnvoll miteinander vernetzt werden.

Eine spezielle Förderung der sozial benachteiligten Jugendlichen:

Sozial benachteiligte Jugendliche berichten in vielen untersuchten Bereichen von einem schlechteren Gesundheitszustand als Jugendliche aus mittleren und oberen Statusgruppen. Sie erleben ihren körperlichen Gesundheitszustand schlechter als Jugendliche aus wohlhabenden Familien, obwohl diese Jugendlichen häufiger von Allergien und Verletzungen betroffen sind. Zudem berichten sie bezüglich ihrer psychischen Gesundheit über ein höheres Maß an psychosomatischen Beschwerden und geringerem psychischen Wohlbefinden als Jugendliche aus wohlhabenden Familien. Sie sind häufiger von Übergewicht betroffen und berichten über einen höheren Fernsehkonsum. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Jugendliche mit speziellen zielgruppenspezifischen Maßnahmen angesprochen werden sollten. Geeignete Maßnahmen beinhalten die Verbesserung der präventiven und kurativen gesundheitlichen Versorgung, der Bildungschancen, des Gesundheitsverhaltens sowie die Verstärkung der gesundheitsfördernden Lebensbedingungen. Im Zentrum solcher zielgruppenspezifischen Maßnahmen steht die Stärkung der Bewältigungsressourcen von sozial benachteiligten Jugendlichen.

Eine geschlechtsbezogene Gesundheitsförderung:

Wie in der Studie gezeigt werden konnte, gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheitsbiografie Jugendlicher. So unterscheidet sich der subjektive körperliche, psychische und soziale Gesund-

heitszustand von Jungen und Mädchen deutlich. Mädchen berichten in fast allen Kategorien über einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand. Dies besagt allerdings nicht, dass Jungen wirklich weniger betroffen und gesünder sind als Mädchen, sondern dass man bei Mädchen von einer erhöhten Sensitivität bezüglich des eigenen Wohlbefindens ausgehen muss. Das Körperbewusstsein von Jungen und Mädchen ist grundsätzlich verschieden. Auch in Bezug auf das Freizeitverhalten und den Substanzkonsum kann man fast durchgängig geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen.

Trotz der Erkenntnis, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Jungen und Mädchen grundsätzlich unterschiedlich sind, gibt es in Deutschland nur selten praktische geschlechtsbezogene Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung für Jugendliche sollte an den geschlechtsbezogenen Entwicklungsaufgaben ansetzen und auf der Verhaltensebene Jungen und Mädchen befähigen, diese Aufgaben konstruktiv zu bewältigen. Erprobte Programme zur Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenzen („life skills“) müssten stärker als bisher geschlechtsspezifische Ansätze entwickeln, die den Grundgedanken des Lebensweisenkonzeptes aufgreifen, aber nach geschlechtsbezogenen Ausdrucksformen und Aufgaben differenzieren.

Bei der Konzeption und Planung von präventiven Interventionen muss also jeweils überlegt werden, inwieweit es erforderlich ist, Jungen und Mädchen getrennt anzusprechen. Es muss untersucht werden, ob geschlechtsspezifische Probleme und Belastungen zu einem bestimmten Risikoverhalten führen. Erst dann kann entschieden werden, ob eine Interventionsmaßnahme geschlechtstypische Ansprechbarkeiten und Interessen nutzen sollte und ob die unterschiedlichen Ressourcen beider Geschlechter gewinnbringend eingesetzt werden können. Diese Reflexion kann bei einigen Themenbereichen/Gesundheitsproblemen dazu führen, dass eine gemeinsame Intervention für Jungen und Mädchen als am effektivsten erscheint. Bei anderen Themen kann sich die Einrichtung von getrennten Jungen- und Mädchengruppen durchaus als sinnvoll erweisen.

In der Studie werden im Schlusskapitel detaillierte Vorschläge zur familiären und schulischen Gesundheitsförderung unterbreitet, die diesen Leitlinien folgen. Dabei kommt der Schule eine besondere Bedeutung zu, denn diese Institution bietet unter Federführung professioneller Pädagogen eine ideale Infrastruktur, die für die Ausbildung nicht nur von kognitiven sondern auch sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt werden kann. Die Schule sollte im Idealfall ein anregender Bestandteil des

Alltags von Jugendlichen werden, der wichtige Erfahrungsräume eröffnet und einer persönlichen Selbstentfaltung dienlich ist.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule:

Die Ergebnisse der Studie haben allerdings gezeigt, dass die Realität weit von diesem Ideal entfernt ist: Die Schule wird von Schülern eher als „krankmachende“ und weniger als gesundheitsförderliche Umwelt wahrgenommen. Insbesondere Unterrichtsqualität, Unterstützung durch die Schule und Partizipationsmöglichkeiten werden von den Schülerinnen und Schülern als defizitär bewertet. Insofern ist die Schule auch ein mitverursachender Faktor für das Auftreten gesundheitlicher Einschränkungen von Jugendlichen. Gesundheitsförderung in Schulen setzt daher auch die qualitative Verbesserung von Schule und Unterricht voraus.

Die Schule muss sich darum bemühen, verstärkt Arbeits- und Übungsräume mit verschiedenartigen Lernsituationen anzubieten, die von den Schülern als persönlich wichtig und sinnvoll empfunden werden. Fächergrenzen sollten überschritten werden, um einen Praxis- und Lebensweltbezug des Lernens herzustellen. Gesundheitsthemen sollten nicht nur in den traditionellen dafür vorgesehenen Fächern (Biologie, Sport) zur Sprache kommen, sondern in allen relevanten Fächern einschließlich Deutsch und Gesellschaftslehre. Gesundheitsförderung kann auch indirekt über Fächer wie Musik und Kunst stattfinden, denn hier können Körperbewusstsein und Sinnesfreude im Sinne einer umfassenden pädagogischen Konzeption der Gesundheitsförderung entwickelt werden. Zudem wäre Gesundheit als Unterrichtsfach in allen Jahrgangsstufen eine Möglichkeit, diesem Thema schon zu einem frühen Zeitpunkt im Leben der Schülerinnen und Schüler eine große Bedeutung beizumessen. Aber auch in den vorhandenen Strukturen ließe sich arbeiten: Gesundheitsförderprogramme sollten in das Curriculum der Schulen integriert werden, z.B. könnten einzelne Themen in Arbeitsgemeinschaften, Projekten oder Kursen bearbeitet werden. Hierbei sind vor allem integrative und partizipative Unterrichtsmethoden wie Projektlernen, Rollenspiele und Kleingruppenarbeit von größerer Effektivität als traditioneller Frontalunterricht. Die Schule darf sich allerdings nicht nur auf die Entwicklung neuer Curricula und Unterrichtsmethoden befassen, sondern muss sich auch stärker als bisher mit der außerschulischen Lebenswelt der Jugendlichen vernetzen. Aus diesem Grund sollte schulische Gesundheitsförderung die soziale, ökologische und kommunale Dimension miteinbeziehen.

Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderprogrammen hat sich eine vorrangig auf Wissensvermittlung ausgerichtete Strategie als wenig effektiv erwiesen. Schulische Programme sollten auf die Ausbildung personaler sowie sozialer Kompetenzen zielen und folgende Inhalte umfassen: Die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Förderung zur Ausbildung von körperlichen, sozialen und psychologischen Potentialen, die Stärkung von sozialen Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten, Copingstrategien und Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung sowie die Förderung von Verantwortungsbewusstsein für die eigene Person, die Familie und die Gemeinde.

Besonders dringliche thematische Schwerpunkte sind die Drogen- und Gewaltprävention, die Prävention von psychischen und psychosomatischen Krankheiten und die Vermeidung von Übergewicht und Essstörungen. Sie sollten auch in die Curricula der Schulen integriert und fächerübergreifend umgesetzt werden. Gezielte Programme zur Stärkung des Selbstkonzeptes der Schüler und von sozialen und personalen Kompetenzen („Lebenskompetenztrainings“) sowie Ernährungs- und Sportprojekte sind in diesem Zusammenhang als Beispiele zu nennen.

Zusammenfassend erscheint es als sehr dringlich, dass schulische Gesundheitsförderung einerseits Themen und Schwerpunkte anspricht und andererseits die Qualität von Schule und Unterricht verbessert. Hierbei sollte nicht nur die Verhaltensdimension, sondern auch soziale, ökologische und kommunale Aspekte in Betracht gezogen werden, um Gesundheitsförderung für Jugendliche in einer umfassenden Art und Weise voranzutreiben.

Fazit

Die Debatte um die Funktionen und Aufgaben von Schule hat sich in den letzten Jahren in Deutschland auf die Fragen der Effizienz- und Leistungssteigerung verengt, müsste aber umfassender geführt werden (vgl. MELZER/SANDFUCHS 2001). Denn es sind, wie die differenzierten Analysen der PISA-Studie (Deutsches PISA-Konsortium 2003) und die Ergebnisse des Jugendgesundheitsurvey zeigen, dieselben Ursachen, die zu Fachleistungsproblemen bzw. zu Einschränkungen im Gesundheitsstatus der deutschen Schülerinnen und Schüler führen. Deutschland gehört nach der PISA-Studie zu einer Ländergruppe, deren kennzeichnendes Merkmal der Schulkultur der „Leistungsdruck“ ist, während die „Schüler-Lehrer-Beziehung“ und vor allem die „professionelle Unterstützung“, die bei den

PISA-Gewinnern voll entfaltet ist, in unseren Sekundarschulen weniger ausgeprägt ist (Deutsches PISA-Konsortium 2003).

Hier stellt sich nicht die Frage nach einem „Entweder-Oder“ von Leistungsstatus auf der einen und Gesundheitsstatus auf der anderen Seite, sondern nach der psychischen, sozialen und gesundheitlichen Verträglichkeit der Leistungserbringung. Außerdem sind Gesundheit und Wohlbefinden keine nachrangigen, sondern wichtige Lebensziele und „Zukunftsgüter“, denen sich die gesamte Gesellschaft verpflichtet sehen muss. Unabhängig von diesen Argumenten führen Beeinträchtigungen der Gesundheit, die bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, nicht nur zu individuellen, sondern auch zu gesellschaftlichen und ökonomischen Problemen. Bei der jetzt schon angespannten finanziellen Lage, dürfte die sich für das Gesundheitswesen abzeichnende Kostenzunahme bei Fortschritt der Wissenschaft und der Medizintechnik nur schwer zu bewältigen sein. Ein generelles Umdenken und eine Umgestaltung der Bedingungen des Aufwachsens und auch des Lernens in der Lebenswelt Schule ist hier erforderlich. Insbesondere gesundheitserzieherische und gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Schule eröffnen die Möglichkeit, Krankheiten zu vermeiden und Gesundheit zu fördern.

Die Ergebnisse des Jugendgesundheitssurvey sprechen für eine umfassende Sicht von Gesundheit und für ebenso umfassende Folgerungen für die Gesundheitsförderung. Alle Förderansätze sollten den sozialen, ökologischen, kulturellen und ökonomischen Lebenskontext miteinbeziehen und die psychischen und körperlichen Voraussetzungen eines Individuums berücksichtigen. Sie sollten auf die gesunde Entwicklung und das Wohlbefinden sowohl mit Hilfe struktureller und politischer Initiativen als auch durch die Unterstützung von Familien und Einzelpersonen zielen. Die Ottawa-Charta der WHO (1986) kann hierfür nach wie vor als Leitsatz dienen. Sie beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Autonomie und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit ermöglicht. Das Ziel ist die Herstellung einer gesundheitsförderlichen sozialen und natürlichen Umwelt sowie die Entwicklung individueller Kompetenzen.

Anmerkungen

- 1 HURRELMANN, K./KLOCKE, A./MELZER, W./RAVENS-SIEBERER, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München 2003.
- 2 Weiterführende Informationen zur HBSC-Studie finden sich im Internet unter www.hbsc.org.
- 3 In dem internationalen „Research Protocol“ sind für jeden Abschnitt des Fragebogens sowie für jedes einzelne Item die Forschungsfrage und die dahinterstehenden theoretischen Grundlagen ausführlich beschrieben (CURRIE et al. 2001).

Literatur

- BERGMANN, K.E./KAMTSIURIS, P./BELLACH, B.-M. (1999): Zur Gesundheit der jungen Generation – Wissensbedarf am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Diskurs, 2, 70-75.
- CURRIE, C./SAMDAL, O./BOYCE, W./SMITH, R. (Eds.) (2001): Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- DEUTSCHES PISA-KONSORTIUM (Hrsg.) (2003): PISA 2000. Ein differenzierter Blick auf die Länder der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
- HURRELMANN, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- HURRELMANN, K./KLOCKE, A./MELZER, W./RAVENS-SIEBERER, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- KLOCKE, A./HURRELMANN, K. (Hrsg.) (2001): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- MELZER, W./STENKE, D. (1996): Schulentwicklung und Schulforschung in den neuen Bundesländern. In: Rolff, H.-G. u.a. (Hrsg.). Jahrbuch der Schulentwicklung Bd. 9. Weinheim: Juventa, S. 307-336.
- MELZER, W./SANDFUCHS, U. (Hrsg.) (2001): Was Schule leistet. Funktionen und Aufgaben von Schule. Weinheim: Juventa.
- RAVENS-SIEBERER, U./GÖRTLER/BULLINGER, M. (2000): Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Eine Befragung

Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. In: Gesundheitswesen, 3, 148-155.

SCHNABEL, P.-E. (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

WALPER, S. (2000): Ökonomische Knappheit im Erleben ost- und westdeutscher Kinder und Jugendlicher: Einflüsse der Familienstruktur und Auswirkungen auf die Befindlichkeit. In: Klocke, A./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. Canadian Journal of Public Health, 77, 425-430.

World Health Organization (1997): Life Skills Education in Schools. WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. Geneva: WHO.